様式第１号（第４条関係）

難病患者福祉手当認定申請書

年　　月　　日

　桜川市長　　　　　様

（申請者）住　所

　　　　　氏　名　　　　　　　　　　㊞

　　難病患者福祉手当支給の認定を受けたいので、桜川市難病患者福祉手当支給要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 難病患者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 桜川市 | 電話番号 |  |
| 疾患名 |  | 指定難病特定医療費受給者証番号 | 第　　　　号 |
| 保護者名 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 住　所 | 桜川市 | 患者との続　柄 |  |
| 振込希望金融機関名等 | 金融機関名 | 口座番号 | 口座名義人 |
| 店 | 普通・当座 | ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 　（注）次の書類を添付してください。　　　１　指定難病特定医療費受給者証の写し　　　２　申請者が保護者等のときは、保護者等であることを証明できるもの |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 |
| 認　　　定 | 年　　月　　日 | 支給年度 | 年度 | No. |
| 不認定 | 年　　月　　日 | 理　　由 |  |